

南山中學學生緊急連絡暨健康資料表

親愛的家長您好：

為充分瞭解貴子弟之健康狀況，維護其在本校就學期間之醫療安全及學生在發生緊急傷病事件時之依據，請您撥冗確實閱讀並詳填下列資料，於本校就學期間，如緊急聯絡人或學生的基本資料有異動情形，請務必告知健康中心。
感謝您~

一年級	上學期	班	號	相片 粘貼處
	下學期	班	號	
二年級	上學期	班	號	
	下學期	班	號	
三年級	上學期	班	號	
	下學期	班	號	

學生基本資料	入學日期	年 月	休學	年 月	復學	年 月	姓名	學號			
	出生日期	年 月 日	血型		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		原住民身份 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	現居地址	縣 市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓室 市 鄉鎮									
	緊急聯絡人 <small>(家長監護人及附近親友)</small>	關係	姓名	電話(家)	電話(公)	行動電話					
生長發育 經常性檢查及缺點矯治	年級項目	一上	一下	二上	二下	三上	三下				
	身高 (公分)										
	體重 (公斤)										
	體位評值	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重	<input type="checkbox"/> 過輕 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 過重			
	裸眼	右									
		左									
	戴鏡	右									
左											
複檢報告	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 散光 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 其他				
處置情形	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫	<input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 配鏡 <input type="checkbox"/> 定期追蹤 <input type="checkbox"/> 未就醫				
校園健康問題紀錄	日期	處理情形									
	特殊事件：										
校園疫苗注射紀錄	1. 子宮頸疫苗注射：第一劑 _____ 第二劑 _____ 第三劑 _____ 2. 流感疫苗注射： _____										

貴家長您好！為了了解學生身體健康情形，以作為日後學生緊急救護或上特殊室內外課程所應防範意外傷害之參考！

※ 填表說明：因為此表格屬於**隱私性的問題**學校會盡**保護**責任，請確實填寫。

※ 若有特殊疾患能附上醫院醫師開具**照護要點**更好（如病歷摘要或診斷書）。

個人疾病史

本人曾患過的疾病：

- 無
01. 心臟病 02. 糖尿病 03. 腎臟病 04. 血友病 05. 蠶豆症 06. 肺結核
07. 氣喘 08. 肝炎：「A、B、C、D、E」：_____ 09. 癲癇症 10. 腦炎 11. 疝氣
12. 過敏物質(詳細填寫下列) 13. 重大手術名稱：_____
14. 海洋性貧血 15. 紅斑性狼瘡 16. 關節炎 17. 心理或精神疾病：_____
18. 癌症：_____ 19. 其他(請勾選下列表格)

上列疾病：

- 已痊癒，不須追蹤 未痊癒，但目前不需治療
- 已痊癒，須追蹤，_____醫院，_____日/月/年
- 未痊癒，正接受治療，_____醫院，_____科，
_____醫師，最近一次治療時間_____年/月/日
- 提供就診摘要(含疾病現況及應注意事項)作為照護參考。

藥物過敏：

- 無 有，名稱_____

食物過敏：

- 無 有，名稱_____

領有重大傷病證明卡，類別_____名稱_____

領有身心障礙手冊，等級：極重度 重度 中度 輕度 名稱_____

家族疾病史：患有重大遺傳性疾病之家屬稱謂_____，疾病名稱_____

其他疾病	請勾選	其他疾病	請勾選	其他疾病	請勾選
過敏性鼻炎		高血壓		亞斯柏格症	
鼻竇炎		肺炎		妥瑞氏症	
習慣性鼻出血		Penicillin 過敏		自閉症	
異位性皮膚炎		心雜音		智能障礙	
脊椎側彎		功能性心雜音		過動症	
扁桃腺肥大		二尖瓣脫垂		生長遲緩	
甲狀腺腫大		心律不整		唐氏症	
甲狀腺機能亢進		心搏過速(PSVT)		小兒麻痺	
色盲		中耳炎		600度以上近視	
色弱		小耳症		先天性免疫缺損	
義眼		耳膜破損		闌尾炎	
青光眼		胃病		膽道水腫	
白內障		胃食道逆流			(自填)
扁平足		出血性胃潰瘍			(自填)

勾選疾病說明：

家長 簽名處	一年級	二年級	三年級